

192
FEB 8 1929
Lane Medical Lib
UNIVERSITÉ DE GENÈVE - FACULTÉ DE MÉDECINE

Clinique Chirurgicale de Mr. le Professeur E. KUMMER

DE
L'ILÉUS BILIAIRE
OU
Occlusion Intestinale par Calculs Biliaires

THÈSE

PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
MOUNIR ZÉKI CHEIKH EL-ARD
DAMAS (Syrie)

THÈSE N° 1265

DAMAS
IMPRIMERIE MODERNE
1928

UNIVERSITÉ DE GENÈVE - FACULTÉ DE MÉDECINE

Clinique Chirurgicale de Mr. le Professeur E. KUMMER

DE
L'ILÉUS BILIAIRE
OU

Occlusion Intestinale par Calculs Biliaires

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MOUNIR ZÉKI CHEIKH EL-ARD
DAMAS (Syrie)

THÈSE N° 1265

DAMAS
IMPRIMERIE MODERNE
1928

La FACULTÉ DE MÉDECINE, sur le préavis favorable de M^r le Professeur E. KUMMER, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 12 JUILLET 1928

Le Doyen:
Professeur M. ROCH

Je dédie ma thèse :

Aux animateurs du nationalisme arabe, morts et vivants.

A mon père vénéré,

En modeste témoignage de ma très profonde
et respectueuse affection, et de ma vive re-
connaissance.

A ma mère chérie,

Mon plus grand désir, c'est de vous rendre
en honneur tout ce que vous m'avez prodi-
gué de sollicitude et de bonté.

A mes sœurs Salwa et Soubéla,

A mes frères,

En souvenir affectueux.

A mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

*A mon maître Monsieur le Professeur E. KUMMER,
Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université,
Chirurgien en Chef de l'Hôpital Cantonal, Genève.*

Permettez-moi de vous dire ici combien je me sens incapable de pouvoir m'acquitter de la dette de reconnaissance que j'ai contracté envers vous. Votre affectueuse bienveillance et votre continuelle affabilité m'ont été d'un grand secours, à moi, si loin de ma patrie.

Vos cours et vos conseils resteront à jamais gravés dans ma mémoire.

Je vous remercie du fond du cœur.

Au moment où nous accomplissons notre dernière période de scolarité, nous tenons à exprimer à Mr. le Professeur Riza Saïd, Recteur de l'Université, et Doyen de la Faculté de Médecine de Damas, à Mr. le Prof. M. Roch, Doyen de la Faculté de Médecine de Genève, aux maîtres illustres de ces Facultés, dont l'enseignement à la fois savant et attrayant, nous a préparé à la carrière médicale, à notre seconde patrie la Suisse, nous tenons à exprimer nos sentiments les plus vifs de profonde gratitude et de reconnaissance.

HISTORIQUE

Sans l'aide de la laparotomie, et de l'autopsie, le diagnostic de l'occlusion intestinale par calculs biliaires était difficile. Pour cette raison ce n'est que depuis le XVII^e siècle que les auteurs font mention de tels cas.

Mais Schrek (1680), Gross (1696), Lèmery (1704), van Swieten, Vicq d'Azyr, Meckel, Munro le jeune, ne donnent encore que de vagues aperçus de l'iléus biliaire.

Ce n'est qu'au XIX^e siècle que le fait est réellement établi. Ingh Porta en 1822 (Archives générales de Médecine) décrit l'observation d'une femme atteinte de douleurs violentes au niveau de la vésicule biliaire et montrant tous les symptômes de l'occlusion intestinale. Sous l'influence d'antispasmodiques, de 200 grammes de mercure métallique, d'isufflation de fumée de tabac par le rectum, elle expulsa trois calculs et elle guérit.

Monod (1827) rapporte l'observation d'un vieillard mort d'occlusion intestinale, chez lequel on trouva un gros calcul dans le jéjunum.

Dès lors, toute une série d'auteurs décriront des cas observés. Leeg Thomas (1834), Renaud (1834) Deramond (1839), Mayo (1843), Wilson (1843), Marott (1856) etc...

En 1851, Fauconnier (Traité de l'affection calculeuse du foie et du pancréas) étudie les altérations et les symptômes que provoque la présence des calculs dans les voies digestives. D'autres cas d'iléus sont publiés encore vers cette époque par: Cruveilhier (Traité d'anatomie pathologique), Frerichs (Traité des maladies du foie), Murchison. Puis, vers 1870, commencent les interventions chirurgicales dans les cas d'iléus et, avec elles, de nouvelles observations qui deviennent de plus en plus nombreuses jusqu'à notre époque, aussi ne pouvons-nous pas les citer toutes, malgré l'intérêt que chacune présente. Nous nous bornerons à en nommer quelques-unes.

Bryant, Clifford, Allbut et Mossé sont les premiers à intervenir chirurgicalement vers la fin du XIX^e siècle. Successivement apparaissent, dans tous les pays, de nombreuses thèses et mémoires relatifs à ce sujet.

En France, celles de Béraud (1884), Gonzalès (1887), Dagron (1891), Audry (Lyon médical 1887), Kirmisson et Rochard (1892), Jaboulay, Gaillard sont les plus intéressantes.

En Allemagne, Leclos (Munich 1882), Hœlscher (Fribourg 1887), Schwan (Giessen 1891), Schüller (Strassbourg 1891), Otto (Leipzig 1893) citent de nombreux cas s'y rapportant. Eves en Angleterre étudie également la question.

En 1887, Kœlliker (Central blatt für Chirurgie) fait une étude du diagnostic différentiel entre l'appendicite et l'occlusion intestinale. Les thèses de Garin (Paris 1898), de Payan (Lyon 1899) et de Raymond (Lyon 1897) sont à citer. Vers la même

époque Melzer (Marbourg 1899) et Funcke (Kiel 1898) consacrent leur thèse inaugurale à l'iléus biliaire.

Avec le XX^e siècle apparaissent de nouveaux et nombreux travaux sur ce sujet, aussi bien en France que dans les autres pays. C'est en 1905 qu'Hermann publie la thèse (Jéna 1904) renfermant le plus grand nombre d'observations, soit 249 cas. Leriche et Cotte (1909), dans la Gazette des hôpitaux, écrivent un mémoire des diverses notions acquises sur l'iléus biliaire.

Les différentes écoles de France ajoutent quelques faits nouveaux: Villar, Begouin, Michelean pour l'école bordelaise; Alglave, Delbet, Ménétrier, Michon, Capette, Guibal, Petit, Hallopeau, Okimcryc, Schwartz, Baumgartner, Souligoux, Tuffier, Leuruant, Roux-Berger, Mathieu, Mauclore et Bergeret, Guillaume et Thouvenin, pour l'école parisienne; Arnaud, Gougolphe, Tavernier et Murard pour l'école de Lyon. En Suisse, le travail de notre illustre maître, le professeur Kummer, cite dans la revue médicale de la Suisse Romande (Genève 1912) un cas d'occlusion intestinale par un calcul biliaire suivie de guérison.

En Allemagne naissent aussi de nombreux travaux de: Tietze, Sussenguth, Propping, Brück, Wortmann.

L'Angleterre y prend part avec Baildon, Mac Ewen, Rutherford ainsi que l'Amérique avec Aspinall, Bevan, Jones, Jopson, Luz, Martin, Murphy, Ross, Schwyzer, Stirling, Sullivan, Thompson, Voorsanger, et Levison.

Nous pouvons citer la thèse plus récente de Dupont (1920) qui donne les références sur tous les cas publiés de 1901 à 1919 celle de Daraignez (1921) qui est une étude très intéressante; le

cas de Delbet (1923) un homme de 62 ans avec occlusion intestinale incomplète par calcul biliaire; les travaux de Mirallié et Thibault (1924), d'Allaines (1924) qui discute des difficultés du diagnostic et de la gravité du pronostic; de Bonnecaze et Lechaux (1923), de Cadenat et Thalheimer (1922) qui parlent entre autres des renseignements que pourrait donner la radiographie dans certains cas. De Morquot, Baudet, Marion, Miclou, Lenormant, Mathieu, (1921), Bourde de Marseille (1925) montrent le rôle du spasme dans l'ileus biliaire.

Bordier (Paris 1926) parle d'un pronostic meilleur si la migration du calcul est lointaine.

Dartigues (Paris 1926) affirme que le 68 % des cas sont mortels dans l'ileus biliaire. Leuret (Paris 1926) présente un cas où le malade, après extirpation d'un premier calcul, succombe à l'occlusion intestinale par un deuxième calcul.

Obinczyc (Paris 1926) cite le cas d'évacuation spontanée d'un calcul après huit jours d'occlusion.

Tourneux (Toulouse 1926) présente une observation semblable.

Enfin, tout récemment en 1927 de Vernejoul (Marseille) s'occupe aussi de l'ileus biliaire.

FRÉQUENCE & ÉTILOGIE

L'occlusion intestinale par les calculs biliaires est relativement rare.

En 1876 Leichtenstern en relevait 41 cas. Mossé 25 autres en 1880, Courvoisier 131 en 1890, Gaillard 225 en 1895, Hermann en 1904 en réunit 249. Dupont en 1900 en relève 106 et Daraignez 38 en 1901.

Actuellement on en pourrait citer près de 500.

Par rapport aux autres maladies, Mayo Robson donnait pour l'ileus biliaire 4 cas sur 80.000 malades de sa clientèle hospitalisée ou privée, soit 1 pour 20.000. Moynihan rapporte qu'en dix ans, de 1895 à 1905, on n'en aurait observé qu'un seul cas à l'hôpital de Leeds qui est, d'après lui, l'hôpital anglais où la lithiase biliaire est le plus fréquemment observée.

A Genève, à l'Hôpital Cantonal, à la clinique chirurgicale de notre professeur Kummer, nous n'en relevons que 5 cas que nous publions ci-après.

En ce qui concerne le sexe, les femmes sont beaucoup plus fréquemment atteintes que les hommes, ce qui n'est pas pour nous étonner vu que la fréquence de la lithiase biliaire est beaucoup plus grande dans le sexe féminin.

Naunyn, sur 137 observations d'iléus biliaire, constate 90 femmes et 57 hommes.

Kirmisson et Rochard sur 100 cas: 75 femmes et 25 hommes; Hermann sur 249 cas: 153 femmes et 62 hommes, (34 sans mention de sexe).

L'âge joue aussi un rôle. C'est une affection atteignant le plus souvent les personnes âgées. C'est entre 50 et 60 ans qu'est l'âge de prédilection. Mais il n'est pas rare de trouver des cas entre 60 et 80 ans, par contre ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a cité des observations des personnes de moins de 50 ans.

Les antécédents ont une grande importance. Les malades ont eu parfois une poussée de crises de coliques hépatiques. Mais souvent, on a trouvé des cas d'iléus biliaires sans que le malade ait donné aucune indication pathologique de son passé hépatique et lithiasique.

Comme causes déterminantes nous pouvons citer les poussées inflammatoires sous l'influence desquelles les parois des voies biliaires s'enflamment, s'accrochent aux organes voisins et préparent la communication pathologique entre les voies biliaires et la cavité du tube digestif. Ces poussées inflammatoires sont dues à des occlusions passagères du canal cystique causées par l'engagement d'un calcul ou par gonflement de la muqueuse, comme on en observe dans tous les cas d'infection généralisée du tube digestif. Cette occlusion du canal cystique existe chaque fois qu'on intervient pendant la crise de cholécystite.

Ces poussées varient de gravité suivant que l'occlusion est plus ou moins accusée et dure plus ou moins longtemps.

Si elle est complète, la virulence de la flore microbienne se trouve exaltée, la muqueuse s'altère, l'infiltration des globules blancs et des microbes se fait dans la sous-muqueuse, atteint le péritoine en provoque une adhérence aux organes voisins et si l'infection est très virulente une perforation des voies biliaires.



ANATOMIE & PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

LES CALCULS

Nombre. -- Le plus souvent un seul calcul est la cause de l'occlusion. Mais parfois on en a trouvé plusieurs, 5, 10, et même plus. La malade de Richaud guérit à la suite d'une débacle qui entraîna 26 calculs. Ce n'est que rarement qu'on a vu des agglomérations de petits caeuls obstruant la lumière intestinale.

Puyroyer a vu dans l'iléus un cylindre formé par des concrétions amassées.

Volume et poids. -- Leur volume est très variable. Le calcul que Wiecinger (1905) a extrait du duodenum, au cours d'une laparotomie, atteignait le volume d'un œuf de poule et était dur comme de la pierre, l'opéré guérit. Un des plus gros calculs incriminés est celui de Bourdon et Gros dont la longueur était de 7,5 cm. et le poids de 62 grammes, celui de Bull qui pesait 60 grammes et mesurait 7,8 cm. sur 4,3 cm., celui de Bricher 7 cm. et pesait 52 grammes, celui de Weiller 6 cm. sur 3,5 cm. et pesait 30 grammes 4. Le plus gros calcul connu est celui de Meckle dont la longueur était de 15,5 cm. et la circonférence de 13 cm.

Ces dimensions sont exceptionnelles. Dès que les cholélithes mesurent 3 cm. de largeur ils ont de grandes chances, d'après Naunyn, de provoquer l'occlusion.

Voici, cependant, les dimensions de quelques gros calculs expulsés par l'anus sans accidents:

3 cm. sur 5 cm. (Goldschmidt) 4 sur 5 (Ord.) 4 sur 9,5 (Blackburne) 10 cm. long. (Backer) 7 sur 3,6 cm. (Troisier) 4,5 sur 8 cm. 50 gr. (Klemperer).

La moyenne observée est de 2,5 cm. à 4 cm.

Il faut prévoir aussi l'accroissement des calculs en dehors des voies biliaires; leur séjour dans l'intérieur se prolonge parfois pendant des mois et même des années.

Ce n'est pas sans surprise qu'on a trouvé au cours de certaines laparotomies (Labbé, Kærte, Israël) et dans certaines autopsies (Peacock, Droper, Merklen) la parfaite mobilité des concrétions biliaires que contenait l'intestin; la dimension n'était pas en rapport avec la gravité des accidents provoqués.

Forme.— Quand les calculs sont nombreux, leur forme est généralement polyédrique. Ils sont taillés en facettes par compression et usure réciproques.

Parfois il est possible, en les réunissant, de reconstituer le moule de la vésicule biliaire.

Lorsque le calcul est solitaire, il est fréquent de le trouver assez régulièrement ovoïde, avec une surface rugueuse, jaune et chagrinée, fort différente de la surface lisse, brillante et anguleuse des calculs taillés à facettes. On en trouve de forme conique, pyramidale, rarement piriforme.

Constitution.— A la coupe du calcul, on aperçoit un noyau dur, brun noirâtre; ce sont des pigments biliaires.

Autour de ce noyau se déposent des couches concentriques cristallines de nature cholestérinique.

Ce calcul subit des modifications lors de son séjour dans les voies biliaires principales ou dans le tube digestif.

Généralement il s'entoure de couches concentriques de teintes variées, jaunes, blanchâtres ou rougeâtres, plus ou moins résistantes et formées par le dépôt de sels calcaires et de matières colorantes de la bile. Ces stratifications correspondent à des poussées infectieuses qui précipitent les sels de chaux.

Parfois, mais plus rarement, on peut voir le calcul entouré de matières fécales desséchées (Korte, Frerichs).

Consistance. — Elle dépend évidemment de la constitution du calcul. Un calcul formé de cholestérine pure sera friable, tandis qu'un calcul entouré de sels calcaires sera beaucoup plus dur. S'il est entouré de matières fécales on sent un noyau dur avec une enveloppe moins ferme.

Perméabilité aux rayons X. — Elle dépend également de la formation du calcul. Les calculs de cholestéines pures sont perméables et ceux entourés de chaux sont imperméables.

Voies de passage. — Les calculs pour aller de la vésicule dans l'intestin peuvent passer par deux voies: 1° par les voies naturelles c'est à dire canal cystique, cholédoque, ampoule de Vater, duodenum, 2° par les voies anormales, c'est à dire par des fistules cholécysto-intestinales.

Voies normales. — Les gros calculs passant par les voies naturelles pour se rendre dans l'intestin, sont relativement rares. On le comprend aisément car il faut des calculs petits, gros com-

me une noisette ou une muscade, rarement davantage, pour pouvoir y passer facilement. Les canaux biliaires sont cependant capables de se dilater considérablement, comme le disent Barth et Besnier: "dans l'état pathologique, la dilatation et l'élongation des voies biliaires parcourent tous les degrés intermédiaires, depuis l'état normal jusqu'aux plus excessives dimensions".

Metzker signale le cas d'une femme morte après entérotomie chez laquelle, à l'autopsie, on pouvait introduire l'index dans le cholédoque par l'ampoule de Vater dilatée mesurant 1 cm. de diamètre. Courvoisier a eu un calcul gros comme une noix de muscade enclavée dans le cholédoque. Griffon publia 4 cas de gros calculs enclavés dans l'ampoule de Vater, dont l'un de la dimension d'une noix. Pierre Delbet en 1921 rapporte qu'il a trouvé un calcul plus volumineux que le pouce, engagé dans la partie terminale du cholédoque. Delagenière a trouvé, dans deux cas, le cholédoque dilaté, au point de laisser passer le pouce, les calculs étaient plus gros que des œufs de pigeon.

Voies anormales.— Dès que les calculs dépassent le volume d'une grosse noisette ils ne peuvent plus traverser les canaux biliaires sans autres; il leur faut se créer une autre voie, la formation des fistules est indispensable. Ces fistules sont la conséquence de poussées de cholécystite plus ou moins fortes qui altèrent la muqueuse, la couche musculaire et la séreuse. Il se produit alors une réaction du péritoine qui provoque des adhésions avec les organes voisins, tels que le duodenum, le colon, l'estomac. Ensuite se produit un processus d'ulcération et perforation qui fera la porte d'entrée dans l'intestin.

C'est le col et le bassinet de la vésicule qui sont le plus souvent en communication avec le tube digestif. Aucun cas n'a été signalé où le cholédoque ou le canal cystique était en cause.

Du côté de l'intestin nous rencontrons plusieurs sortes de fistules;

Les fistules cholécysto-duodénales.

Les fistules cholécysto-coliques

Les fistules cholécysto-gastriques

Les fistules cholécysto-jéjunales et même les fistules cholécysto-iléales.

Ce sont les fistules cholécysto-duodénale qui sont les plus fréquentes, ce qui s'explique par leurs relations.

Les fistules peuvent être directes, sans trajet intermédiaire entre la vésicule et la cavité intestinale, ou présenter, au contraire, une poche plus ou moins vaste, loge due à une péritonite enkystée, formant un trajet plus ou moins long entre les deux cavités.

Quant à la largeur de l'orifice elle est variable. Bourdon et Gros signalent un cas où l'orifice avait les dimensions d'une pièce de 5 francs; il laissait passer le doigt chez les sujets opérés par Monod, Cruveilhier Hétienne, Thicolon, le pouce dans le fait de Campenon.

Parfois l'orifice est à peine visible.

Après le passage du calcul, la fistule tend à disparaître, à s'obturer, à se cicatriser. La vésicule se ratatine, devient fibreuse, le canal cystique s'oblitére et peut disparaître complètement (Bourdon et Murchison).

Progression des calculs. — Elle dépend d'abord de leur mode de pénétration dans l'intestin. S'ils ont passé par une fistule cholécysto-duodénale, ils sont dirigés vers la valvule de Bauhin par la contraction péristaltique et la vis à tergo du contenu intestinal. Chutton prétend même qu'ils atteignent toujours cette valvule; mais parfois on les trouve fixés à 40 cm. du duodenum (Campenon) au milieu du jejunum et de l'ileon ou seulement à 50 cm. de la valvule. De la fistule à la valvule, le calcul mettrait d'après MacLagan une dizaine de jours. Quand le calcul atteint la valvule de Bauhin, il peut amener, par un contact prolongé, un sphacèle, forçant ainsi l'obstacle (Galliard).

Deux cas ont été signalés (Buisson et Frank Pope) où le calcul provenant d'une fistule siégeant près du pylore a été refoulé dans l'estomac par les mouvements antipéristaltiques, et évacué par vomissement.

Il peut y avoir plusieurs calculs qui s'engagent dans l'intestin à intervalles plus ou moins longs, provoquant des crises successives d'occlusion.

Tel le cas de Seuret (Paris 1926), qui, après une laparotomie pour iléus biliaire avec extraction d'un calcul, succomba à l'occlusion intestinale par un deuxième calcul.

Si le calcul a passé par une fistule cholécysto-colique, il arrive sans trop de peine au rectum pour être évacué.

Arrêt des calculs. — Les calculs peuvent s'arrêter en plusieurs endroits. Toutes les statistiques concordent pour désigner, comme point d'arrêt le plus fréquent, la dernière portion de l'ileum. Lorsque les calculs se heurtent à la valvule de Bauhin

et que celle-ci se sphacèle pour leur livrer passage, leur séjour y est d'environ 15 jours d'après Maclagan. L'arrêt des autres calculs a lieu dans l'S iliaque (Bourdon et Gros, Korte) ou dans le rectum (Babinsky, Gerstlé).

Lésions de l'intestin. — Au dessus de l'obstacle, l'intestin est dilaté, énorme parfois, contenant des gaz et des matières. Par sa grande mobilité, il peut être le siège d'un volvulus (Mayo et Robson). La paroi de l'intestin est congestionnée, enflammée. Parfois on peut y voir des névroses pouvant aller jusqu'à la perforation.

Au dessus de l'obstacle l'intestin est petit, aplati, flasque. Au niveau de l'obstacle, l'intestin est tétanisé sur lui et forme parfois un véritable sphincter.

Cause de l'arrêt des calculs. — La notion de conicité du tube intestinal, démontrée par Sappey qui lui attribue 3,5 cm. au duodenum et 2 cm. près du cœcum porte les anciens à croire que là était la cause de l'arrêt. Cette théorie irait bien pour les gros calculs qui, à mesure qu'ils avanceraient dans le tube digestif, trouveraient une lumière plus étroite et s'arrêteraient devant cet obstacle mécanique. Mais on a cité des cas (Leeg Thomas, Holze) où de volumineux calculs ont été expulsés spontanément par l'anus. D'autre part, des calculs plus petits que la lumière de l'intestin, à n'importe quel endroit, ont provoqué des occlusions aiguës.

Beaucoup d'autres théories ont été élaborées. Castner pense à un étirement de l'intestin par suite de la traction due à

la marche du calcul d'où diminution du diamètre de l'intestin et occlusion.

Kœnig invoque une invagination de la muqueuse en doigt de gant, provoquant ainsi un rétrécissement et l'obstruction.

On attribue aussi l'arrêt du calcul soit aux replis de la muqueuse soit aux brides cicatricelles, aux fausses membranes, aux irritations aux ulcérations. Eve a constaté une véritable loge dans la paroi de l'intestin. Smith a vu un calcul du volume d'un œuf de poule s'enclaver dans la paroi du colon et causer l'occlusion mortelle. Czerny rapporte un cas d'occlusion avec coudure de l'intestin. Mais la cause principale de l'arrêt des calculs, c'est le spasme provoqué par le calcul au niveau du contact avec la paroi intestinale.

Preuve en a été faite lors de la laparotomie où on a trouvé la paroi intestinale rétractée sur le calcul. Lorsque l'intestin se tétanise c'est généralement sur des calculs volumineux (Thi-riac). Mais les concrétions de faible volume sont susceptibles de provoquer le spasme réflexe; celui-ci se produit parfois à distance. Le spasme cesse après ablation du calcul. Pierre Delbet cite un cas où le spasme n'a pas cessé après extirpation du corps étranger. Clutton suppose que le spasme intestinal est dû aux filets nerveux sensitifs de la muqueuse irritée par le calcul. D'autres accidents dus à l'occlusion peuvent arriver. C'est la perforation de la paroi intestinale enflammée et névrosée provoquant une péritonite généralisée ou localisée par des adhérences préexistantes.

Parfois aussi, la paroi peut se paralyser et ne plus être capable d'assurer le cours des matières.

SYMPTOMATOLOGIE

Différents auteurs ont classé l'iléus biliaire sous deux formes: l'occlusion aiguë et l'occlusion chronique, (Gonzalès et Dagron). Galliard parle d'une occlusion rapide et d'une occlusion lente. Kermisson pense que la forme lente est la plus commune. Naunyn, Lane et beaucoup d'autres admettent le contraire.

Prodromes.— Le plus souvent c'est chez une femme déjà âgée que débudent les accidents d'occlusion intestinale calculueuse. Souvent son passé pathologique est chargé au point de vue hépatique.

Dans les cas de Clutton et Thuoleix, la colique hépatique avait précédé l'apparition de l'occlusion.

Dagron signale un fait d'une certaine importance. Il a constaté que ses malades, avant l'éclosion de la crise, avaient des douleurs bien localisées dans l'hypochondre droit.

L'ictère, plutôt rare, a cependant été noté.

Parfois on pourra reconnaître certains symptômes satellites à la lithiase biliaire, telle qu'une sensation de défaillance, d'obnubilation, de vertiges.

Mais souvent, il s'agit de femmes jusque là bien portantes, accusant peut-être parfois de mauvaises digestions, de la constipation chronique.

Période d'état.— La douleur est un signe constant et marque presque toujours à lui seul le début.

Gaillard la compare à une brûlure, à un pincement, à un déchirement. La douleur peut être localisée en un point de l'abdomen, parfois au creux épigastrique ou dans la région de la vésicule, ou bien les douleurs sont plus généralisées, moins fortes, ressemblant à de simples coliques.

Les nausées, puis les vomissements; au début simplement alimentaires ou muqueux, deviennent bilieux puis fécaloïdes. Leur abondance est variable suivant que l'obstacle siège au voisinage ou à distance du pylore.

La constipation devient complète, arrêt total des gaz et des selles. Mais pendant 6 à 10 jours le malade peut avoir encore quelques évacuations séro-muqueuses : faible résultante de sécrétions intestinales auxquelles s'adjoignent parfois quelque-
cun sanguinolentes, et de légers détritits de la muqueuse. Le météorisme est le plus souvent peu intense. Le ventre est assez peu ballonné, assez souple. Malgré les vomissements et la constipation opiniâtre, l'état général se maintient relativement bon, Anderson relate un cas dans lequel le malade avait pu aller en soirée plusieurs jours après le début de l'obstruction et même la veille du jour où l'on décida l'intervention, la malade de Letienne dont les premiers accidents remontaient à huit jours avant son entrée, vint à pied à l'hôpital.

Pourtant l'état général s'altère. Les symptômes vont en croissant. Le ventre se ballonne, se météorise, la langue se charge puis se dessèche la soif est vive, mais l'intolérance gastrique

est complète et les liquides ingérés sont aussitôt vomis. Le visage s'altère, prend une teinte terreuse, livide, à type abdominal très net, les traits sont tirés, les yeux s'excavent, s'entourent d'un cercle noir, le nez s'effile, la voix en éteinte, la respiration rapide, le pouls petit et fréquent, très faible, la température tombe au dessous de la normale; les urines sont rares ou nulles; les extrémités se refroidissent, le corps se couvre de sueurs froides et visqueuses, le malade, enfin agité, très angoissé, ou en prostration extrême, meurt dans le collapsus, ou par syncope ou par asphyxie; quand le météorisme abdominal s'exagère assez pour gêner le fonctionnement du diaphragme, ou quand l'infection d'origine péritonale se généralise, l'intelligence reste intacte jusqu'au bout.

Les urines peuvent contenir de l'albumine, du sucre, surtout de l'indican.

DIAGNOSTIC

Trois questions se posent pour le diagnostic :

1°— Y a-t-il occlusion?

2°— Cause de l'occlusion.

3°— Siège de l'occlusion.

1° Y a-t-il occlusion? — La péritonite aiguë pourrait porter à confusion. Pierre Duval fait remarquer que la péritonite s'accompagne d'iléus paralytique et que l'occlusion mécanique se complique rarement de péritonite.

Dans la péritonite il est rare que l'arrêt des matières et des gaz soit absolu. Le début est brusque, un grand frisson saisit le malade, la température monte rapidement, le ventre est contracté, très dur, très douloureux.

L'appendicite s'accompagne d'une douleur localisée dans la fosse iliaque droite.

Dans ces deux cas, péritonite et appendicite, l'hyperleucocytose peut être ajoutée à la symptomatologie.

La hernie étranglée se différencie par l'examen des orifices herniaires habituels ou insolites.

2° Cause de l'occlusion. — Une fois le diagnostic d'occlusion intestinale posé, il faudra chercher à en trouver la cause. La première chose à faire c'est l'étude minutieuse des antécédents. Les coliques hépatiques et l'expulsion par l'anus de petits calculs seront de précieux auxiliaires. Dans la majorité des cas, l'ictère manquera. La chose s'explique aisément: les gros calculs, ceux qu'on doit incriminer d'habitude, n'ont pas cheminé par le cholédoque, ils ont passé directement dans l'intestin perforé. Mais parfois on découvre que les malades ont éprouvé, quelques semaines ou quelques mois auparavant, des douleurs vives, accompagnées de ballonnements du ventre et de vomissements; cet ensemble symptomatique indique le passage du calcul par la fistule cholécysto-duodénale.

Gaillard dans son article: "Diagnostic des fistules cholécysto-intestinales dans la lithiase biliaire" (semaine médicale 1859) a pu établir un diagnostic rétrospectif chez une femme, qui après une période de désordres péritonitiques supposées,

sans ictère, avait expulsé par l'anus une grosse concrétion.

Malgré cela, le diagnostic de l'iléus biliaire est rarement établi. On peut le confondre avec d'autres affections.

L'invagination se rencontre de préférence chez l'enfant, tandis que les accidents calculeux se rencontrent surtout après quarante ans. C'est le gros intestin qui invagine dans les deux tiers des cas. C'est l'intestin grêle qui est le siège habituel de l'obstruction par calculs. D'où cette différence essentielle pour le premier cas, la distension abdominale est aux flancs, pour le second, elle siège dans la région médiane; les selles muco-purulentes, fréquentes dans l'invagination, sont rares dans l'obstruction calculeuse; la présence d'une tumeur perceptible dans l'abdomen, sa forme allongée, en boudin, sa mobilité sont plutôt le fait de l'invagination.

Le diagnostic de volvulus, difficile à poser par lui-même, est encore plus difficile à distinguer de l'occlusion. .

Les accidents déterminés par les rétrécissements sont plus faciles à diagnostiquer; la marche des symptômes est plus lente. Puis s'il s'agit de rétrécissements consécutifs à une inflammation des parois intestinales, l'anamnèse fait retrouver une histoire d'entérite ou de péritonite.

Le néoplasme est-il en cause? Il sera reconnu par la série des accidents qu'il provoque:

épanchement péritonéal, marche lente, rétrécissement progressif de la lumière intestinale allant jusqu'à l'occlusion, cachexie. Il y a souvent alors une tumeur perceptible à la palpation.

Les autres tumeurs qui agissent par compression (fibro-

me, kyste de l'ovaire) se reconnaissent à la palpation et au toucher vaginal et rectal; elles donnent du reste rarement des erreurs de diagnostic. On peut avoir encore des corps étrangers, causes de l'occlusion : ainsi les antérolithes, stercorome, paquets de vers intestinaux. Il sera alors difficile de faire le diagnostic différentiel avec l'élus biliaire. L'ictère, les coliques hépatiques, les calculs à facettes, trouvés dans les matières fécales constitueront alors un précieux auxiliaires, même les douleurs dans la région de l'hypocondre droit seront l'indice d'un accident de la lithiase biliaire. Mais il est rare d'opérer avec le diagnostic posé d'occlusion par calcul biliaire. Le plus souvent ce n'est qu'à la laparotomie que se fait le diagnostic précis.

3° Siège de l'occlusion. *Occlusion du pylore.* — Les vomissements sont muqueux, alimentaires, précoces. Les selles sont rares, les gaz peuvent être moins fréquents. Les douleurs sont au maximum dans la région épigastrique et souvent dans le dos.

Occlusion du duodenum. — Les vomissements sont précoces, abondants, alimentaires et bilieux. Les sels et les gaz manquent souvent généralement. La région sus-ombilicale est météorisée.

Occlusion de l'intestin grêle. — L'état général s'altère rapidement. Parfois on constate même de l'anurie, souvent de l'oligurie et souvent de l'indicanurie.

Les vomissements sont plus tardifs. Ils sont muqueux, bilieux puis fécaloïdes. Les sels et les gaz sont nuls. Le degré de l'obstruction peut être modifié par une sensibilité et par un

météorisme régionaux. Les touchers vaginal et rectal peuvent parfois donner des renseignements utiles.

Occlusion du gros intestin.— Les vomissements sont fécaloïdes et tardifs. Parfois même, ils manquent. Arrêt complet des matières et des gaz. Le cœcum est dilaté. L'état général est bon très longtemps. Les urines le plus souvent sont normales.

Ces caractères spéciaux de l'occlusion dans diverses parties du tube digestif peuvent donner une idée approximative pour la recherche de l'obstacle à la laparotomie.

PRONOSTIC

L'iléus biliaire, comme du reste toute occlusion intestinale comporte un pronostic grave. L'obstruction réclame l'intervention chirurgicale; mais les statistiques ne sont guère satisfaisantes.

Guillaume trouve 80 % de mortalité post-opératoire.

Wising (1886) 74 «

Gonzalès 59 «

Dufourt 56 «

Kermisson et Rochard 71 décès sur 105 cas. (1890)

Gaillard (1895) 67 %

Raymond (1890) 64 »

Courvoisier 44 »

Payan 64 »

Papin (1913) 56 »

Mais dans ce pourcentage si élevé prennent place tous les malades opérés in extremis; en état de péritonite, de collapsus ou de stercorémie.

Si les statistiques ne comportaient que les malades opérés au début de l'occlusion intestinale, la mortalité serait très fortement diminuée.

Nous avons déjà dit que l'iléus biliaire se rencontre le plus souvent chez les femmes âgées (60 à 70 ans). Or, à cet âge l'organisme est usé, les réactions vitales sont déficientes, et les toxines trouveront moins de résistance pour envahir la circulation que chez des individus jeunes.

En outre, comme souvent les malades ont une cellule hépatique plus ou moins altérée, le foie sera une mauvaise barrière pour les toxines. D'après les statistiques et les expériences sur les animaux, on a constaté que plus l'obstacle est haut situé dans l'intestin, plus l'exitus est rapide.

En résumé, l'iléus biliaire a la gravité de toute occlusion intestinale évoluant sur le grêle, chez des personnes affaiblies par l'âge et les antécédents hépatiques et opérés tardivement.

TRAITEMENT

L'occlusion intestinale est justiciable de l'intervention chirurgicale. Mais il y a quelques dizaines d'années, tel n'était pas le cas. Il est vrai qu'à cette époque la technique opératoire et l'asepsie étaient moins réglées qu'aujourd'hui, c'est pour cela que les chirurgiens hésitaient à faire une laparotomie.

Actuellement encore, la famille où le malade lui-même parfois fait opposition absolue à l'opération, aussi devons-nous parler aussi du traitement médical.

Les purgatifs quels qu'ils soient sont à rejeter. Ils ne font qu'augmenter les lésions déjà existantes de l'intestin et de resserrer le spasme.

On peut dans certains cas utiliser les antispasmodiques. L'opium et la morphine, la belladone et l'atropine ont été parfois employés avec succès (Kermisson et Rochard, Delagenière, Mac lagan).

Ces médicaments agissent en diminuant ou en abolissant le spasme et en dégageant ainsi le calcul qui s'élimine.

Les grands bains tièdes prolongés ont paru donner quelques résultats. Le massage de l'abdomen provoque parfois l'expulsion du calcul; mais ce moyen n'est pas à recommander, car l'intestin lésé ne résiste pas longtemps et il peut en résulter une rupture de la paroi, d'où écoulement dans la cavité péritonéale de liquides septiques.

Les lavements sont plus indiqués. Simples ou huileux, sous faible pression, ils ont l'avantage de vider le gros intestin. Les lavements sous forte pression ne doivent pas être employés, car ils augmentent le péristaltisme. Les lavements électriques ont eu de bons et de mauvais résultats.

Traitement chirurgical. — L'intervention chirurgicale doit être faite le plus tôt possible dans tous les cas d'occlusion.

Il faut aller vite, procéder promptement et simplement.

On peut avant l'opération faire un lavage d'estomac. II

vide l'estomac, évite ainsi les vomissements si ennuyeux et quelquefois graves s'il y a régurgitations des matières vomies dans les voies aériennes; il diminue le météorisme; il combat l'intoxication due à la rétention des liquides intestinaux et le collapsus.

Généralement le malade sera anesthésié à l'éther.

La laparotomie sera presque toujours médiane. On se mettra immédiatement à la recherche de l'obstacle. Le calcul s'arrête le plus souvent dans le grêle à une quarantaine de centimètres de la valvule iléoœcale. C'est donc vers la fosse iliaque qu'il faudra diriger d'emblée les recherches. Souvent on sentira le calcul. Si on ne le sent pas, il faudra prendre une anse distendue et dérouler, de proche en proche, l'intestin. Brusquement on tombera sur une anse rétrécie et à la limite des deux calibres on trouvera le calcul.

L'obstacle trouvé, on amènera par tractions douces l'anse intestinale contenant le calcul en dehors de la cavité abdominale.

En aval et en amont de l'obstacle on placera une pince à coprostase en ayant soin de faire remonter vers des parties plus éloignées le contenu du tube intestinal.

On incise l'intestin sur son bord libre.

Delagenière, Matthieu, Daraigne préfèrent l'incision transversale pour éviter les rétrécissements ultérieurs. A notre avis nous préférons l'incision longitudinale suivie d'une suture transversale.

Le calcul est retiré; l'intestin est ensuite suturé à deux plans au catgut et à la sire. On enlève les pinces à coprostase,

l'anse intestinale est tamponnée au sérum, on voit immédiatement le spasme disparaître et l'intestin reprendre son aspect normal.

Reste la question d'indication d'intervenir sur les voies biliaires. La seule opération logique serait d'enlever la vésicule. Or, nous avons vu que le calcul n'a pu migrer, dans le plus grand nombre de cas, que parce qu'il s'était créé une anastomose entre la vésicule et le duodénum, par conséquent l'ablation de la vésicule mettra à jour l'orifice intestinal. Il en résultera qu'il faudra faire une suture intestinale dans un organe malade. D'autre part quand on vient d'opérer un malade atteint d'occlusion aigüe on sait que le traumatisme doit être réduit au minimum.

A ce moment donc l'intervention sur les voies biliaires peut être l'opération classique de la Cystotomie.

CONCLUSION

L'occlusion intestinale par calcul biliaire est une affection rare. Elle se présente surtout chez la femme âgée à passé hépatique. Les calculs passent par les voies naturelles ou le plus souvent par des fistules cholécysto-intestinales dont les plus fréquentes sont les fistules cholécysto-duodénales. Le moment de passage du calcul dans l'intestin passe généralement inaperçu ; parfois il produit des douleurs dans l'hypocondre droit.

Le calcul peut s'arrêter à tous les niveaux du tube intestinal, mais on le rencontre souvent à une quarantaine de

centimètres de la valvule iléo-cœcale. Plus rarement il franchit ou il effondre cette valvule et poursuit sa migration dans les colons jusque dans le rectum d'où il est expulsé spontanément, ou bien peut-être extrait avec la plus grande facilité. Au niveau du calcul, l'intestin se tétanise. Le spasme et les dimensions de la pierre expliquent le mécanisme de l'occlusion. Le diagnostic de l'iléus biliaire est rarement fait. Il faudra soigneusement examiner les antécédents.

Le pronostic est grave. La mortalité est élevée car on a affaire à des gens âgés, épuisés, opérés souvent tardivement alors que l'état général est atteint profondément.

Le traitement de choix est l'intervention chirurgicale. L'idéal c'est la laparotomie suivie d'entérotomie et d'extraction du calcul.

OBSERVATIONS DE CLINIQUE

1^{er} Cas.

M. W. 59 ans, Entrée le 11-5-23.

Antécédents héréditaires : — Père mort à 88 ans, mère morte à 44 ans d'anévrisme. Un frère 66 ans, a une maladie de cœur. Deux frères et une sœur morts subitement entre 45 et 50 ans.

Antécédents personnels : — Eczéma il y a 20 ans, récidivant toutes les années. Réglée à 12 ans; règles régulières, abondantes. Deux enfants en bonne santé. Pas de fausses-couches.

Affection actuelle: — Depuis juillet 1922, a toujours été en mauvaise santé. Maigrit beaucoup pendant cette période. A chaque instant est prise de violentes douleurs abdominales, localisées plutôt du côté droit. La malade ne peut fixer le nombre de ses crises; celles-ci se répètent trop souvent. Les douleurs qui durent de $\frac{1}{4}$ d'heure à quelques heures sont toujours les mêmes quant à leur intensité et leur nature. La malade n'est jamais devenue jaune, mais quelquefois ses crises s'accompagnaient de nausées et de vomissements, jamais de diarrhée, au contraire la malade a une très forte tendance à la constipation. Il lui arrive parfois de rester huit jours sans aller à la selle..

Vendredi 4 mai en rentrant de la ville ne se sent pas très bien, ne vomit pas, a mal au ventre, n'a pas de diarrhée, a des nausées. Samedi 5 mai, travaille.

Dimanche la malade se lève, vomit dans l'après-midi. Pas de selles depuis vendredi.

Mardi se met au lit à cause de violents maux de ventre survenant par crises de douleurs et de vomissements. Ces vomissements étaient liquides.

Status d'entrée le 11 - 5 : — Faciès péritonéal, malade souffrant beaucoup, très agitée, n'a rien mangé depuis mardi, Température 37,7, globules blancs 16,000. A la palpation, l'abdomen est relativement peu douloureux; seule la région du Mac Burney présente une réaction positive et une détente douloureuse. Cette région du reste ne présente aucune tumeur dans la profondeur. Au toucher rectal, on sent, dans la fosse iliaque

droite, une tumeur du volume d'une grosse noix à contours arrondis, mobile.

Poumons: rien de particulier.

Cœur rapide. 100 pulsations, pouls faible.

Système nerveux; rien de particulier.

Système uro-génital; urine très foncée, très chargée en urates. Trace d'albumine. Pas de sucre.

On décide d'intervenir avec le diagnostic d'obstruction intestinale de cause indéterminée, la malade n'ayant eu ni gaz ni selle depuis le début de sa maladie. Comme la malade vomit beaucoup on lui fait un lavage d'estomac; celui-ci la calme quelques instants, mais bientôt les vomissements réapparaissent à nouveau.

Opération : Incision de la laparotomie médiane sus et sous ombilicale. A l'ouverture du péritoine on trouve des anses grêles météorisées et d'un rouge violacé, tandis que le gros intestin est pâle et aplati. L'appendice est petit, souple, normal. Mais dès que l'on remonte, on voit au niveau de la valvule de Bauhin, qu'un obstacle y existe. La palpation nous révèle, à ce niveau, la présence d'un gros calcul, équivalent à une très grosse noix. Entérostomie. Extirpation du calcul. On constate ensuite que, dans tout le gros intestin, il y a un chapelet de calculs de différents volumes, la plupart à facettes. Cette succession de cailloux forme dans l'S iliaque une tumeur dure, celle que l'on percevait dans le Douglas par le toucher rectal. On trouve encore, à la palpation sous le foie, dans des paquets d'adhérences, une masse dure. A peine avait-on attaqué les adhérences qui re-

liaient l'estomac à la partie du foie correspondant à la vésicule que le contenu gastrique s'échappait. En effet un ulcère d'estomac, de la taille d'un gros noyau de pruneau, sur la paroi antérieure prépylorique, laissait s'écouler le liquide que le lavage d'estomac avait laissé dans cet organe. Dans la vésicule, un calcul arrondi, gros comme une noix.

Pylorectomie: Extirpation de la vésicule. Gastroenterostomie, rétro-colique postérieure.

Exitus le lendemain.

2^{me} cas

Mme. D. 49 ans, ménagère. — Entrée le 28-12-1918.

Antécédents héréditaires: — Père mort à 49 ans des suites d'un coup de froid. Mère morte à 59 ans cause inconnue. Un frère mort à 37 ans (?) Trois sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels: Enfance robuste. Rougeole. Réglée à 13 ans, régulières, douloureuses. Mariée à 20 ans. Deux enfants bien portants. Opérée pour le goître à 27 ans, car souffrait de dyspnée. Deux ans après l'opération, le goître recommence à augmenter de volume lentement et progressivement. Application de pommades. La malade a fréquemment des bronchites. L'hiver dernier a eu une bronchite plus forte que d'habitude avec asthme, dyspnée d'effort.

Affections actuelles: — Le 20 Décembre, le matin à jeun, des douleurs dans tout le ventre. Ces douleurs augmentent d'intensité. M^{me} D. vomit d'abord les aliments ingérés la veille, ensuite du liquide jaune, très amer, sentant mauvais. Durant la

nuît, douleurs dans tout le ventre, continue à vomir. Le samedi 21, ne mange rien, prend un peu de tisane qu'elle vomit. Le dimanche 22, la malade sort un peu malgré les douleurs assez vives dans l'abdomen surtout au niveau de l'épigastre, le soir prend un peu de lait et des biscuits qu'elle vomit environ 4 heures après. Le mardi 24 fait venir un médecin qui parle d'un embarras gastrique et prescrit des poudres et des gouttes; le soir la malade prend un peu de purée de pommes qu'elle ne peut garder. Le 25 XII, prend de l'huile de ricin de son propre mouvement, aucune action, boit de la tisane qu'elle vomit. Toujours des douleurs abdominales.

Le 26 XII, le médecin revoit la malade et lui conseille l'entrée à l'hôpital, mais celle-ci refuse, le médecin ordonne alors un lavement (savon) mais sans effet. Trois vomissements dans la journée. Le 27, les douleurs augmentent d'intensité, la malade vomit encore un peu. Plusieurs lavements sans action. Le 28 au matin, vomissements. Entrée à l'hôpital le 28, dans la soirée avec diagnostic: obstruction intestinale.

Status d'entrée: Femme de taille moyenne, yeux excavés, psychisme un peu ralenti, embonpoint assez développé.

Poumons: rien de particulier.

Cœur: rien de particulier.

Organe du cou: goître consistance mollesse, lobe gauche 38 cm. inconférence. Carotides non déviées. Larynx non plus.

Système digestif: a toujours bon appétit, pas de douleurs avant ou après l'ingestion des repas; va régulièrement à la selle.

Abdomen souple. Douleur dans la région paraombilicale,

un peu au dessous. Aucune résistance dans cette région.

Rate et foie: rien de particulier.

Région de la vésicule biliaire indolore.

N'a jamais eu d'ictère.

Système nerveux; rien de particulier.

On fait un lavement baryté et une scopie, on ne constate rien d'anormal au niveau du colon ascendant et du colon descendant, le colon transverse est mal rempli.

30 XII, prend un peu de lait le soir, n'en vomit qu'une partie. Toujours des douleurs périombilicales.

1 janv. A beaucoup vomi toute la nuit. Vomissements jaunâtres, odeur fécaloïde. Pas d'aliments non digérés. Emulsion fine des particules. Pas de pigments biliaires ni d'urobiline; gaïroc: positif. Toujours les mêmes douleurs périombilicales.

2 janv. A eu durant la nuit une forte diarrhée. Diminution des douleurs abdominales.

Selles: jaunâtres, diarrhéiques. Sang: douteux; pyramidon: négatif; benzidine: positif; urobiline: positif.

Peu de pigments. Les selles décomposèrent $H^2 O^2$.

5 janvier, Toujours de la diarrhée, les douleurs ont repris d'intensité. 4 janv. A vomi $\frac{1}{2}$ litre d'un liquide jaunâtre avec quelques aliments non digérés: raisin, orange. On fait un lavage d'estomac et on retire encore $\frac{1}{2}$ litre d'un liquide jaunâtre. La malade a toujours très soif. Le soir à 20 heures le poulx est très mou, douleur (point) au niveau de la partie latérale et postérieure du thorax droit: dyspnée. A 20 h. les yeux s'enfon-

cent, le faciès change; dyspnée persiste, pouls à 120, abdomen indolore; à 21 h. exitus.

A l'autopsie le status abdominal est le suivant: grand épiploon injecté à sa partie inférieure recouvrant les intestins, anses intestinales météorisées, scolématisées, séreuse injectée, trace d'un liquide rouge louche. Après un léger déplacement de l'intestin on voit sortir un liquide fécaloïde d'un petit trou dans la paroi du grêle au niveau de l'intestin mésentérique; un peu plus bas la lumière de l'intestin est obstruée par un corps solide de la grosseur d'un petit œuf.

Perforation de la vésicule biliaire dans le duodénum.

En outre bronchopneumonie bilatérale.

3^{me} Cas

Mme M. 60 ans. — Entrée le 10 - 1 - 22

Antécédents héréditaires : — Père mort de vieillesse; mère morte du cœur. Trois frères morts: accident, suicide et mal de Pott. Deux sœurs vivantes dont une souffre de l'intestin.

Antécédents personnels.— Mariée à 28 ans, a eu 4 enfants, dont un est mort de diphtérie à 15 jours. Sujette à la constipation. Depuis plusieurs mois souffre de dysurie, pollakiurie et faux besoins. Parfois l'urine a été trouble; brûlure à la miction, très peu accentuée. La malade n'a pris que des tisanes. N'a pas consulté.

Affection actuelle.— Se sent très fatiguée vers la fin de l'année 1921. Dans la nuit du 8 au 9 janvier 1922 ressent des

douleurs dans le haut du ventre, plutôt du côté droit. Comme la station horizontale lui est insupportable, elle fait quelques pas dans la chambre. Pas d'irradiation dans le dos ou dans l'épaule droite. Va à la selle. Le matin du 9 va mieux. Vers 12 heures, les douleurs recommencent, pas plus fortes, mais pas moins. L'abdomen est augmenté de volume.

Le 10 au soir, la malade entre dans le service avec le diagnostic d'obstruction intestinale.

A l'entrée on trouve une femme en assez bon état général, non amaigrie.

Système digestif : langue propre, humide, appétit normal, d'habitude sujette à la constipation, foie plutôt petit.

Rate : rien de particulier.

Status local : résistance musculaire à droite et au-dessous de l'ombilic, sous les fausses côtes, et atteignant presque l'ombilic en bas. Il y a une part musculaire mais, sur le bord externe du grand droit, on a l'impression de sentir une masse rouler; du reste, cette impression coïncide avec un sursaut de la malade. Le ventre est gros, étalé, ballonné, un peu douloureux dans la fosse iliaque gauche.

Radiographie : lithiase biliaire.

Diagnostic : cholécystite chronique.

Du 11 au 15 la malade est traitée par des lavements qui ramènent entre autres des membranes grises de colite muco-membraneuses.

16. Va mieux, le ventre est moins douloureux, moins ballonné.

19. Au matin il persiste toujours une douleur sur la partie externe du droit supérieur droit, avec cette même sensation de déclanchement coïncidant avec une douleur plus vive.

24. Opération : cholécystectomie.

Foie adhérent à la paroi et au grand épiploon. Vésicule augmentée de volume, allongée. La paroi en est très épaisse. On sent un gros calcul dans l'intérieur. Extraction de la vésicule contenant un gros calcul de cholestérine.

Guérison complète.

1^{me} Cas

Mme B. 55 ans — Entrée le 11 - 10 - 17.

Antécédents héréditaires : — Père et mère morts de vieillesse.

Antécédents personnels : — Poussée de congestion du foie à 26 ans. A part cela jamais malade.

Affection actuelle : — il y a 8 jours la malade a commencé à avoir des douleurs dans l'abdomen. C'étaient des douleurs identiques à celles que la malade avait eu il y a 4 mois et qui avaient rapidement passé. Lundi soir le 8, brusques douleurs dans le bas ventre à gauche; la nuit a eu deux vomissements. Constipation.

Dans la nuit du 9 au 10 trois vomissements. Pas de selles ni gaz depuis le 8.

Status d'entrée : Petite femme en bon état de nutrition.

Abdomen volumineux. Foie repoussé en haut. Pas de ventre de bois. Contraction généralisée des muscles abdominaux. A

la palpation, légère douleur partout, mais surtout à gauche. Faciès abdominal. Pouls 100, température 38,5. Opération le même jour. Intestin grêle dilaté et congestionné.

Vers l'S iliaque on trouve un corps étranger conoïde à base et pointe tronquées, Entérotomie pour extraction du calcul biliaire, calcul à facette donnant l'impression d'être le moule de la vésicule biliaire.

Calcul: la base mesure 3 cm. et la pointe $\frac{1}{2}$ cm. de diamètre. Couleur blanchâtre à surface arrondie. Au niveau des facettes, couleur noirâtre. La vésicule biliaire est comme remplie de calculs.

Exitus le 17.

5. Cas

Mme H. 58 ans. — Entrée le 25-4-24.

Antécédents héréditaires: — Père et mère morts âgés. Un frère et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels: — Crise d'appendicite à 17 ans, non opérée. En 1916 elle a une indigestion pour laquelle elle fait appeler le médecin qui lui fait garder le lit quelques jours; huile d'Haarlem. Depuis cette date, on retrouve un état gastrique et des indigestions fréquentes. La malade a beaucoup de peine à digérer certains aliments, spécialement les légumes verts et les conserves, mais ces états cèdent immédiatement à un peu de diète et une purgation.

Affection actuelle: — Le 28, la malade mange une boîte de saumon, (son mari en a mangé aussi et n'a rien ressenti) à la

suite de laquelle elle ressent de vives douleurs dans le ventre. Habitée à ces troubles digestifs la malade ne prend plus garde à son état; mais les douleurs ne se calmant pas, elle fait appeler un médecin qui diagnostique un embarras gastrique et la fait entrer dans la Clinique médicale. On observe: Ventre souple, vomissements bilieux, faciès extrêmement rouge, pas de selles.

Le 25 IV, vomissement fécaloïde. Pas de gaz.

Entre en chirurgie avec diagnostic d'obstruction intestinale.

Douleurs abdominales avec maximum dans la fosse iliaque droite, vomissements fécaloïdes, langue sèche, légèrement chargée. La malade a très soif, nausées continuelles, se plaint de vertiges et de grandes lassitudes.

Le ventre est souple, ballonné, douloureux à la partie sous-ombilicale, en particulier dans les deux fosses iliaques. La douleur à la détente est plus forte que celle à la pression.

Pouls régulier, mais faible.

Mains et avant-bras ont une teinte rouge.

Température rectale 35,8, sang. 18,000 globules blancs.

La malade n'a pas mangé depuis huit jours.

Elle n'a pas uriné depuis ce matin.

Opération: A l'ouverture du péritoine il s'écoule passablement du liquide. Les anses intestinales sont météorisées. Il y a tous les symptômes d'une péritonite généralisée. La vésicule biliaire forme un seul bloc avec le duodénum auquel elle est fixée par des adhérences. 15 cm. plus loin que l'angle duodé-

no-jéjunal, on trouve un calcul volumineux qui touche l'intestin. On trouve un second et un troisième calcul également dans le grêle à 10 cm. du cœcum. Extirpation des calculs.

Exitus deux heures après l'opération.

CONCLUSION DES OBSERVATIONS

En résumé, les observations que nous publions, font partie du tableau classique de l'iléus biliaire.

En effet nos cas sont tous représentés par des femmes âgées entre 50 et 60 ans.

Deux de nos malades seulement ont accusé un passé hépatique.

Toutes sont entrées dans le service avec le diagnostic d'obstruction intestinale, mais, à aucune on en indiquait la cause.

Quatre de nos malades ont succombé, dont trois après opération.

Mais tous nos cas n'étaient pas de ceux qu'on peut appeler favorables, car nos malades souffraient déjà depuis plusieurs jours de l'iléus biliaire et étaient aussi diminués fortement de résistance au point de vue état général.

* * *

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY, Lyon Médical 1887.

ALGLAVE, Iléus biliaire dans la dernière portion de l'iléum, opéré au 6^e jour et guéri, chez une femme de 72 ans. (Bull. et Mém. Soc. anat. Paris, 1913, p. 158-160.)

ASPINALL, Intestinal obstruction from a large gallstone in the ileum. (M.J. Australia Sydney, 1918, p. 492.)

D'ALLAINES, Occlusion intestinale mortelle par calcul biliaire. (Bull. et Mém. Soc. anat. Paris, 1924, p. 28.)

BERAUD, Thèse, (Paris, 1885.)

BEGOUIN, Obstruction intestinale par calcul biliaire. (Journ. de Méd. Bordeaux, 1918 p. 50.)

BAUMGARTNER, A propos d'un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire. (Bull. Soc. Chirurgie, Paris, 1921, 17 mai.)

BERGERET, GUILLAUME & THOUVENIN, Sur un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire. (Bull. et Mém. Soc. anat., Paris, 1920, p. 641.)

BAILDON, A case of acute intestinal obstruction caused by a large gallstone in a man aged 78, successful removal, (Med. Chir. Liverpool, 1915, p. 227-230. 1 pl.)

BEVAN, Gallstone iléus, (Surg. Clin. Chicago, 1918, p. 59-63.)

BAUDET, Sur l'occlusion de l'intestin grêle par calcul biliaire. (Bull. Soc. Chirurgie. Paris, 1921, 31 mai.)

- BOURDE, Soc. Chirurgie, Marseille, 1925, décembre.
- BRODIER, —id— Paris, 1926.
- BONNECAZE & LECHAUX, Iléus biliaire, (Bull. et Mém. Soc. anat. Paris, 1923. p. 710.)
- BRUCK, Gallensteinileus, (Deutsche médiz. Wochenschrift 1921, p. 505-508)
- CRUVEILHER, Anatomie pathologique (T. II p. 165)
- CAPETTE, Calcul biliaire ayant déterminé une occlusion intestinale aiguë (Bull. et Mém. Soc. chirurgie Paris, 1923, p. 74)
- CADENAT & THALHEIMER, Iléus biliaire, (Bull. et Mém. soc. anat. Paris, 1922, p. 96)
- DAGRON, Thèse Paris, 1891.
- DELBET, A propos d'un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire. (Bull. soc. chir. Paris, 1921, 19 Avril)
- DUPONT, Thèse Bordeaux, 1920
- DARAIGNY, — idem — 1921.
- DARTIGUES, Soc. chirurgie, Paris, 1926.
- FAUCONNIER, Traité de l'affection calculieuse du foie et du pancréas, 1851.
- FORGUE, Précis de pathologie externe, (T. II Paris 1928, p. 639)
- FRERICHS, Traité des maladies du foie, (Paris 1866.)
- FUNKE, Thèse, Kiel, 1898.
- GONZALES, Thèse, Paris 1887.
- GAILLARD, De l'iléus par calculs biliaires. (Presse médicale, 1895 p. 185.)
- GARIN, Thèse, Paris, 1898

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Historique	5
Fréquence et Étiologie	13
Anatomie et physiologie pathologique	15
Symptomatologie	24
Diagnostic	26
Pronostic	30
Traitement	31
Conclusion	34
Observations de clinique	35
Conclusion des observations	46
Bibliographie	47



